AUS DER I. INNEREN ABTEILUNG DES STÄDTISCHEN KRANKENHAUSES BERLIN-WESTEND. (DIREKTOR: PROFESSOR F. UMBER.)

KLINISCHE ERFAHRUNGEN MIT DER SIPPYKUR

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

bei der

Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Albrecht V. Chr. Tietze

Breslau 1927

Druck der Ohlenroth'schen Buchdruckerei in Erfurt

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Stepp.

AUS DER I. INNEREN ABTEILUNG DES STÄDTISCHEN KRANKENHAUSES BERLIN-WESTEND. (DIREKTOR: PROFESSOR F. UMBER.)

KLINISCHE ERFAHRUNGEN MIT DER SIPPYKUR

VON

ALBRECHT V. CHR. TIETZE
PRACT. ARZT

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Es scheint nach den Anschauungen der maßgebenden Autoren wohl nicht mehr zweifelhaft zu sein, daß Salzsäure und Pepsin auf die ulceröse Magenwand einen schädigenden Einfluß ausüben. Sei es, daß die Autoren der mechanischen (Aschhoff[1], K. H. Bauer[2]), der vasoneurotischen (G. v. Bergmann[3], Westphal[37], Hayashi[13] u. a.) oder anderen Vorstellungen über die Entstehung oder die Fortdauer des Ulcus pepticum huldigen. Von allen wird anerkannt, daß der verdauungsfähige Mageninhalt ungünstig auf das Ulcus wirkt (Katzenstein[14]).

Am Tierexperiment hat man die Einwirkung des Magensaftes auf die künstlich lädierte Magenwand ebenfalls beobachtet. Hierbei konnten die nachteiligen Folgen des verdauungsfähigen Mageninhaltes nicht immer bewiesen werden (Litthauer[16a]).

Von der Beobachtung der Pepsinsalzsäurewirkung beim Ulcus pepticum des Menschen ausgehend, hat B. W. Sippy[27] auf Grund einer langjährigen klinischen Erfahrung eine Methode ausgearbeitet, mit der man das Ulcus pepticum besonders wirksam bekämpfen könne.

Sippy ist der Ansicht, daß vor allem der saure Mageninhalt neben der Magenmotilität die verhängnisvolle Rolle eines dauernden Reizes, der die Heilungstendenzen stark beeinträchtige, spiele. Bei schwerer Verdauungsarbeit und im sauren Milieu können die Granulationen nicht gedeihen. Es ist deshalb nicht nur von besonderem Wert, wenn man die Acidität und Motilität hintansetzt, sondern durch Ruhigstellung des Magens und durch die Neutralisation des Mageninhaltes schafft man die für die Ausheilung der geschädigten Wand günstigsten Bedingungen.

Sippy verordnet deshalb bei strenger Bettruhe dem Patienten in einhalbstündlichen Abständen Alkalien und kleine reizlose Mahlzeiten. Die Mahlzeiten und Alkalien werden wechselweise gereicht. Die Nahrung besteht anfänglich aus einem Milch-Sahne-Gemisch, das erst allmählich Zulagen von Eiern, Breien und Ge-

müsen erfährt. Die Nahrungsmenge soll 100 g pro Mahlzeit nicht überschreiten, um den Magen nicht zu stark zu belasten. An Alkalien werden abwechselnd gegeben:

Magnesia usta,
Natrium bicarbonicum, aa.
und Calcium carbonicum bzw.
Wismutum carbonicum,
Natrium bicarbonicum 1 : 3.

Von jedem dieser Pulver werden 2 g pro Dosi verabfolgt. Vor der Nachtruhe wird ein evtl. vorhandener Speiserest durch Ausheberung entfernt.

Nach drei bis vier Wochen dieser streng einzuhaltenden Vorschriften kann man dem Patienten mehr Freiheit gestatten, um ihn allmählich zu normaler Kost übergehen zu lassen. Hartnäckige Fälle müssen jedoch weit länger behandelt werden und es empfiehlt sich, auch außerhalb des Krankenhauses die Alkalisierung des Mageninhaltes fortzusetzen. Die Kur erstreckt sich, wenn sie von Erfolg begleitet sein soll, bis auf ein Jahr hin.

Die Erfolge, von denen Sippy berichtet, waren sehr gute und seine Methode schien denen anderer Autoren weit überlegen zu sein. So konnte Sippy u. a. sogar Stenosen erfolgreich beeinflussen. Er erklärte dies durch Beseitigung entzündlicher Infiltrationen um den Stenosenring.

In Amerika, England und Frankreich (Friedenwald und Morrison[10], Lyon[20], Wheiler[36], Loewy[19], Charbonnet[8], Lenoir[18]) fanden Sippys Angaben bald Anklang, und es wurden Berichte veröffentlicht, die diese neue Kur lobend anerkannten. Aus der Literatur sei hier nur aus der jüngsten Zeit ein Bericht erwähnt, den Laporte[17] in der Presse médical über 100 Fälle von Magen- und Duodenalgeschwüren veröffentlicht. Laporte's Patienten waren nach der Sippy'schen Vorschrift behandelt worden. Die Erfolge der Kur seien mit denen der Gastrostomie vergleichbar.

In Deutschland haben F. Umber[34] und sein Mitarbeiter Orlianski[24] als erste auf Grund von Erfahrungen an 28 klinisch beobachteten und nachuntersuchten Fällen, die sich gegen andere Behandlungsmethoden renitent gezeigt hatten, die Sippy-Kur empfohlen.

Unter den 28 Fällen waren 9 mit positivem röntgenologi-

schem Befund eines Ulcus ventriculi, 4 Fälle waren Magenblutungen ohne Röntgenbefund, 2 Fälle eines röntgenologisch sichergestellten Ulcus duodeni, 1 Fall mit blutendem Ulcus duodeni ohne röntgenographischen Beweis, 12 Fälle von Hypersecretio acida ohne einen Durchleuchtungsbefund. Bei allen Kranken dominierten die Schmerzen. In 2 Fällen von Ulcus ventriculi und einem Fall von Ulcus-Verdacht blieb die Sippy-Kur ohne Erfolg. Ein Kranker bekam nach Absetzen der Sippy-Kur wiederum seine alten Beschwerden. Ein Patient wurde vor Beendigung der Kur auf eigenen Wunsch entlassen. Von 23 Nachuntersuchten waren einige vollkommen beschwerdefrei geblieben, einige klagten über zeitweise wiederkehrende Symptome, die jedoch nicht so beträchtlich wie die vor der Kur waren. 5 Patienten litten unter denselben Erscheinungen wie vor der Kur. Orlianski weist auch darauf hin, daß die Vorschriften auf Grund seiner Nachuntersuchungen für lange Zeit Geltung haben müßten, wenn man die endgültige Heilung erstrebe.

Porges[25], [26] teilte nach dem Erscheinen der Orlianski'schen Arbeit Erfahrungen mit, die er mit einer eigenen Behandlungsmethode gesammelt hatte, die im Prinzip der Sippys gleicht. Porges gibt Alkalien in zweistündigen Abständen. Er bevorzugt Calc. carb. und Mag. usta. Auf eine Milchbrei-Diät legt dieser Autor keinen solchen Wert wie Sippy. Porges will nur sekretionssteigernde Nahrungsmittel vermieden wissen. Er betont, daß die Alkalitherapie selbst bei Patienten, die erfolglos nach anderen Methoden behandelt worden waren, Gutes geleistet habe. Vor allem hätten nach Einsetzen der Therapie die Schmerzen auffallend schnell nachgelassen. Nachuntersuchungen ergaben Fälle, die vollkommen beschwerdefrei geblieben waren und solche, die nur ab und zu Beschwerden hatten, die jedoch nach kurzer Zeit wieder abklangen. 2 Fälle von Ulcus pepticum jejuni, von denen der eine zweimal, der andere dreimal chirurgisch angegangen war, bei denen alle internen Behandlungsmethoden versagt hatten, so daß wiederum zu einer Operation geschritten werden sollte, hatten nach Beginn der alkalischen Medikation in großen Mengen keine Schmerzen mehr.

Demgegenüber fehlte es nicht an Stimmen, die sich gegen eine Alkalitherapie aussprachen (Frick[9], Bolton[7], Smithies[29], v. Bergmann[5], Schrijver[31]).

Bolton, der seinen Kranken zwar auch Alkalien zuführt, hält jedoch die Mengen, die nach Sippys Vorschriften verabreicht werden, für zu groß. Er glaubt, daß durch solche Mengen leicht Intoxikationen herbeigeführt werden könnten. Howard, Booher, Shattuk und Rhodenburg[12] beschrieben Fälle mit Vergiftungserscheinungen. Die Patienten erkrankten mit Kopfschmerzen, Appetitmangel und starkem Durst. Es kam zum Erbrechen. Bei einigen gingen trotz Fortsetzung der Kur die Symptome nach einigen Tagen vorüber, bei anderen dagegen blieben die Erscheinungen bestehen, so daß man von einer Fortsetzung der Medikation Abstand nehmen mußte. Ein Patient bekam während der Behandlung eine geringe Blutdruckerhöhung, Knöchelödeme sowie Erythrocyten und hyaline Cylinder im Urin. Es hatte vor dem Beginn der Kur eine Albuminurie bestanden.

Zuweilen fanden die Autoren eine Erhöhung des Harnstoffes, des Kreatinins und der CO_2-Spannung im Serum. Die Phenolsulfonphtalein-Ausscheidung war mitunter vermindert. Howard usw. verlangt an Stelle der resorbierbaren Alkalien Calcium phosphoricum oder tertiäres Magnesiumphosphat, da diese Chemikalien nur lokal wirken könnten. Diese Modifikation hätte sich ihnen bei der Sippy-Kur bewährt.

Andere Autoren wie Smithies, Schrijver, Frick sprachen sich überhaupt gegen jegliche Alkalitherapie aus. Weigert[35] erhebt gewisse theoretische Bedenken gegen die Sippy-Kur, bestätigt jedoch die günstige symptomatische Wirkung, auch wenn sie nicht immer zu Dauererfolgen führt.

G. v. Bergmann[5] lehnt die Sippy-Kur vollkommen ab, „da die Ergebnisse weit schlechter sind, als die mit den alten Methoden gewonnenen."

Auf Veranlassung von Herrn Prof. F. Umber habe ich das Material der I. Inneren Abteilung des Krankenhauses Berlin-Westend einer erneuten Prüfung unterzogen, um an Hand von 124 Fällen die Erfahrungen, die die Abteilung mit der Sippy-Kur gemacht hat, mitzuteilen.

Von 185 Ulceris pepticis, die an der Umberschen Klinik in den letzten 3 Jahren zur Beobachtung kamen, wurden 124 Fälle nach den Angaben Sippys behandelt. 12 Fälle wurden wegen Stenosen, unstillbaren Blutungen oder immer wiederkehrenden Recidiven zur Operation überwiesen. 9 Fälle kamen an intercurrenten Er-

krankungen oder plötzlichen foudroyanten Blutungen ad exitum. 10 Patienten kamen nur zur Sicherung der Diagnose und 30 Fälle wurden nach anderen Methoden behandelt.

Als Indication zur Sippy-Kur hatte uns bislang bei diesen 124 erwähnten Fällen die sichere Ulcus-Diagnose mit Schmerzen genügt. Ein großer Teil der Patienten war schon vorher nach anderen Methoden behandelt worden, die indessen keine Besserung der Beschwerden erzielt hatten.

Die Durchführung der Kur wurde im wesentlichen nach den Originalvorschriften gehandhabt. Wir gingen jedoch nicht allabendlich mit dem Schlauch ein, um einen etwaigen Rest aus dem Magen zu entfernen, weil uns Sippys Voraussetzung, dadurch die Magensaftsekretion in der Nacht zu beschränken, nicht genügend gerechtfertigt schien, ferner auch wegen der Unannehmlichkeit, die ein tägliches Aushebern für den Patienten bedeutet.

Die Milch-Sahne-Diät mußten wir aus wirtschaftlichen Gründen einschränken. Wir gaben statt dessen mehr Milchbreie. Wir erweiterten, wenn die Beschwerden nachgelassen hatten, was zumeist sehr schnell eintrat, rasch die Kost. Unser Prinzip aber blieb: Weitgehende Alkalisierung und zahlreiche kleine, die Sekretion möglichst wenig anregende Mahlzeiten.

Nach unseren Erfahrungen braucht man die reine Milch-Sahne-Diät nicht solange auszudehnen, wie Sippy es fordert. Man kann, wenn Schmerzfreiheit erzielt worden ist, die Kost abwechslungsreicher gestalten. Schon nach etwa 5 bis 8 Tagen pflegen wir zur Breidiät überzugehen. Besteht weiterhin objektives Wohlbefinden, zeigt der Stuhl keine occulten Blutungen und findet sogar eine Gewichtszunahme statt, dann versucht man es etwa nach der zweiten bis dritten Woche mit passiertem Fleisch als Zulage zur Kost. Die Mahlzeiten werden späterhin auch etwas reichlicher sein dürfen, wenn wir auch während der ganzen Kur 8 bis 10 mal am Tage Nahrung nehmen lassen. Vom ersten Tage an werden zwischen den einzelnen Mahlzeiten die Alkalien gereicht. Sollten Stuhlunregelmäßigkeiten auftreten, dann hat man es in der Hand, durch häufigere Darreichungen von Mag. usta bzw. Calc. carb. den Stuhl zu regulieren. Die Patienten finden oft von selbst die ihnen zuträglichste Kombination der Pulver heraus.

Von besonderem Interesse dürften die Fälle sein, die auf eine andere Therapie nicht angesprochen hatten, selbst auf Kuren, die

unter unserer Aufsicht in der Klinik vorgenommen wurden. Ein Beispiel sei erwähnt:

FALL 1. A. K., 28 J., Arbeiter.

Typische Anamnese eines Ulcus duodeni. Die Diagnose wird durch eine Röntgenaufnahme bestätigt. Der Coffein-Probetrunk ergibt eine bis 90 Gesamtacidität steil ansteigende Säurekurve.
Therapie: Bettruhe, Kataplasmen und fleischfreie Schonungsdiät. Am 19. Tage dieser Behandlung klagt Patient über dieselben Beschwerden, wie bei Beginn der Kur. Die Schmerzen sind auch mit Atropin auf die Dauer nicht zu bekämpfen. Magnesium perhydrol (Merk) unterdrückt für kurze Zeit die Schmerzen. Patient fühlt sich leidlich wohl. Es wird ein Versuch gemacht, Fleischkost zuzulegen. Erneute heftige Schmerzen. Es wird deshalb zur fleischfreien Diät zurückgegangen. Ein zweiter Versuch, die Kost abermals zu steigern, mißlingt wieder; wir greifen zur Sippy-Kur. Schon am ersten Tage der Alkalisierung ist absolute Schmerzfreiheit erzielt. Wir können schnell die Nahrung von reiner Milchdiät bis zur normalen Kost steigern. Nach beträchtlicher Gewichtszunahme bei vollkommenem Wohlbefinden wird der Patient entlassen.

Dieser Patient hatte zwar unter Magnesium-perhydrol-Therapie seine Schmerzen verloren; es gelang jedoch nicht, bei einer für den arbeitenden Menschen ausreichenden Ernährung die Schmerzfreiheit zu erhalten. Nach der Sippy-Kur dagegen traten keinerlei Symptome des Ulcus mehr auf.

Sehr wichtig scheint uns dieser Erfolg zu sein, z. B. für Patienten, die wegen eines Ulcus pepticum schon einmal operiert wurden und nun wiederum unter den Symptomen der Ulcuskrankheit zu leiden haben. Unsere Erfahrungen rechtfertigen es, gerade bei solchen Patienten mit einer strengen Sippy-Kur noch einen letzten Versuch zu machen, bevor man sich zur erneuten Encheirese entschließt. Auch wir können bestätigen, was schon andere Autoren betonten: daß man durch die Sippy-Kur oft noch zu Resultaten gelangt, die eine Operation unnötig machen.

Bei nur sehr wenigen Fällen, 8 von 124, gelang es uns nicht, mit der Sippy-Kur ein Aufhören der Beschwerden zu erzielen. Es

handelte sich um Kranke, die mit dem 2. oder 3. Recidiv hereinkamen, die meist schon außerhalb erfolglos behandelt waren und die auch hier in der Klinik trotz Sippy-Kur weiterhin ihre Beschwerden in gleicher Stärke hatten. Die 116 anderen Fälle erholten sich unter der Kur und verloren ihre Beschwerden. Subjektiv klagten die Patienten häufig über das fade Essen, das bei längerer Behandlung mitunter Widerwillen erregte. Die Kranken, die wir beobachten konnten, zeigten niemals Erscheinungen irgendwelcher Intoxicationen, niemals sahen wir Knöchelödeme, Erbrechen, Harnveränderungen oder andere Symptome, wie sie die amerikanischen Autoren beschrieben hatten. Freilich hatten wir bei bestehender Albuminurie niemals eine Alkalisierung durchgeführt. Auch latente Ödeme konnten wir ausschließen.

Einige Fälle seien hier noch erwähnt, die die Wirkung der Sippy-Kur beleuchten:

FALL 2. Ph. Eft., Kaufmann, 34 J.

Seit 15 Jahren Magendrücken, das unabhängig vom Essen auftritt und wenig durch die Nahrungsaufnahme beeinflußt wird. Die Schmerzen strahlten nicht aus, werden in die Mittellinie lokalisiert und sind immer von gleicher Intensität.
Vor 5 Jahren Erbrechen schwarzer Massen, Teerstühle, die nach einigen Tagen aufhörten.
Seit 14 Tagen morgendliche Übelkeiten, Schwindel, Erbrechen. Vor der Aufnahme Erbrechen von dunklen, übelriechenden Massen.
Befund: Bauchdeckenspannung, heftiger Druckschmerz zwischen Nabel und Xiphoid, Teerstühle. Keine Temperaturen.
Therapie: Adrenalin dreimal 20 Tropfen, Calc. chlor. 0,2, Natrium chlor. 10,0, zweimal 10 ccm intravenös. Eisgekühlte Milch.
Nach 12 Tagen reiner Milchdiät Sanguis im Stuhl negativ. Jetzt 12 Mahlzeiten zu je 100 g, bestehend aus Milchbrei. Dazwischen in stündlichen Abständen Magnesia usta, Natr. bicarb. aa eine Messerspitze abwechselnd mit Calc. carb., natr., bicarb. 1 : 3 eine Messerspitze. Allmähliche Zulagen von Eiern, passierten Gemüsen bis zur passierten Fleischdiät. Die einzelnen Mahlzeiten überschreiten nicht 100 g und werden zwölfmal am Tage gereicht.

Der Patient klagt nicht über Schmerzen, er nimmt an Gewicht zu. Hb.-Gehalt im Blut steigt. Der Urin zeigt keine geformten Elemente. Der Stuhl weiterhin frei von occultem Blut. Entlassung.

Nachuntersuchung nach $1\frac{3}{4}$ Jahr. Patient hielt außerhalb der Klinik die Vorschriften der Sippy-Kur mehrere Wochen ein. Es sind niemals wieder Beschwerden aufgetreten. Bei der Untersuchung ergibt sich kein Anhaltspunkt mehr für ein Ulcus.

FALL 3. G. W., Arzt.

Saures Aufstoßen, bohrender Schmerz in der Magengegend, Völlegefühl, Teerstühle. Starke Gewichtsabnahme.
Befund: Schmerzen auf Druck in der Magengegend. Röntgenologisch: praepylor. Ulcus an der kleinen Curvatur.
Therapie: 1000 ccm Milch in 10 Portionen. Natr. bicarb. Magn. usta zweistündlich. Calc. carb. 1,0, Natr. bicarb. 3,0 zweistündlich je eine Messerspitze.
Nach einigen Tagen 500 ccm Milch, 500 ccm Schleim. Nach 8 Tagen Zulagen von 3 Eiern und Kartoffelbrei, am 16. Tage passiertes Gemüse und Fleisch in 10 kleinen Mahlzeiten.
Keine Beschwerden. Keine Anzeichen einer Intoxication. Mit Vorschrift entlassen.
Nach einem Jahr: ohne Beschwerden geblieben. Patient ißt alles.

FALL 4. H. B., Ehefrau, 52 J.

Seit mehreren Jahren bohrende Schmerzen in der Magengegend, die eine Stunde nach der Nahrungsaufnahme auftreten. Die verschiedensten streng durchgeführten Kuren können nur für kurze Zeit die Beschwerden lindern. Brechreiz. Stuhl zeitweise pechartig. Vor der Aufnahme Bluterbrechen.
Befund: Druckschmerz in der Mittellinie 2 Finger unter dem Nabel. Teerstühle. Röntgenologisch ist ein Ulcus nicht nachgewiesen. Sippy-Kur wie oben. 30 Tage klinische Behandlung, 6 Monate Einhalten der Vorschriften zu Hause.
Nach drei Jahren keinerlei Ulcussymptome mehr nachzuweisen.

FALL 5. P. E., 44 J., Beamter.

Vor 15 Jahren wurde zum erstenmal ein Magengeschwür festgestellt. Es bestanden Schmerzen, die zwischen den Mahlzeiten auftraten, zeitweises Erbrechen. Die Schmerzen wurden am Nabel und im Rücken empfunden. Im Stuhl war wiederholt Sanguis nachgewiesen worden. Es waren alljährlich Kuren mit zeitweiligem Erfolg durchgeführt worden. Jetzt wiederum Schmerzen mit Gewichtsabnahme.

Objektiver Befund: Röntgenologisch nachweisbare Veränderungen am Duodenum, die für ein Ulcus sprechen. P. F. 75/95. Sanguis im Stuhl negativ.

Therapie: Langsam sich aufbauende Sippy-Kur erzielt vollkommene Beschwerdefreiheit. Gewichtszunahme.

Nach ¼ Jahr sehr gutes Allgemeinbefinden. Die Kur ist außerhalb der Klinik fortgeführt worden.

Bei diesen Erfolgen erscheint uns der Einwand berechtigt, daß man nach anderen Methoden sicherlich ebensolche Erfahrungen machen kann. Es sei jedoch noch einmal darauf hingewiesen, daß manche Patienten (z. B. Fall 4 und 5) mit anderen Kuren nicht gebessert worden waren. Immerhin muß man sich fragen, ob man prinzipiell bei jedem Ulcus mit einer Sippy-Kur beginnen soll.

In einer Kritik der Ulcustherapie veranschlagt Morawitz[22] die klinischen Heilungen nach der Sippy-Kur auf 60 %, während die nach Leube-Kuren etwa 55 % betragen sollen. Dieses Ergebnis zeigt, daß die Sippy-Kur sich mit anderen Maßnahmen zur Bekämpfung des Ulcus pepticum durchaus messen kann.

Solange es kein absolut sicherwirkendes Heilmittel für das Ulcus pept. gibt, wird man gezwungen sein, sich an die Kuren zu halten, die sich bisher bewährt haben. Wenn man aus der erwähnten Statistik auch nicht auf ein Überlegensein der Sippy-Kur schließen kann, so wird man doch zum mindesten anerkennen müssen, daß sie im Rahmen des überhaupt Erreichbaren Gutes leistet. Die Tatsache ist um so bedeutungsvoller, als man weiß, daß bei Mißerfolgen in der Ulcus-Therapie ein Wechsel der Medikation oft noch zu einem guten Erfolg führen kann. Wenn der eine Weg nicht zum Ziele führt, wird man den anderen, der noch Chancen bietet, beschreiten müssen; denn wie v. Bergmann in

seinen Auseinandersetzungen über die Ulcus-Therapie betont, ist nichts verkehrter, als sich an ein Schema zu halten.

So ist die Sippy-Kur z. B. ein erwünschtes, in manchen Fällen sogar unentbehrliches Hilfsmittel immer dann geworden, wenn zwar die Indikationsstellung zur Operation gegeben war, aber aus irgendwelchen näher zu besprechenden Gründen im Augenblick eine solche nicht ausgeführt werden konnte.

Bei Patienten, die im schlechten Allgemeinzustand den Gefahren einer eingreifenden Operation nicht ausgesetzt werden können und die unter starken Beschwerden leiden, kann so der günstigste Augenblick ruhig abgewartet werden. Auch in Fällen, in denen ein postoperatives Ulcus jejuni pept. aufgetreten ist und eine erneute Operation vom Patienten abgelehnt wird, oder aus ärztlichen Bedenken heraus nicht ratsam erscheint, können wir zum mindesten weitgehende subjektive Besserung und Schmerzfreiheit erzielen.

FALL 6. W. B., Händler, 60 J.

Anamnese: 1915 Magenbluten. Krankenhausaufenthalt. Verschiedene Diätkuren. 1921/23 traten zeitweilig Teerstühle auf. Nach ärztlicher Behandlung Wohlbefinden bis Herbst 1923. Heftige Schmerzen in der Magengegend. Erbrechen nach der Mahlzeit. Von November 1925 bis September 1926 bettlägerig. Heftigste Schmerzen stehen im Vordergrund. Patient verträgt nur kleine Mahlzeiten. Häufig Erbrechen von Speiseresten, mitunter blutig verfärbt.
Befund: Kachektischer Mann. Gewicht 60 kg. Hb. 40 %.
Röntgenuntersuchung: Pylorus-Stenose.
Therapie: 46 Tage Sippy-Kur, die gut vertragen wird. Es treten nie wieder Schmerzen auf. Besserung des Allgemeinzustandes. Operation: Stenosierende Ulcusnarbe dicht hinter den Pylorus.

Ferner soll nicht unerwähnt bleiben, daß bei vielen recidivierenden Fällen, die jahrelang mit den verschiedensten Methoden behandelt wurden, gewissermaßen als letzter Versuch gerade durch die Sippy-Kur oft noch befriedigende Ergebnisse und vom Patienten dankbar empfundene Besserung erzielt werden können. Ja gerade in diesen Fällen zeigt sich die Sippy-Kur oft den anderen

Vorschriften überlegen. Auch wenn man der Ansicht ist, daß die Sippy'schen Ordinationen zu rigorose Maßnahmen bedeuten, wird man sich den Erfolgen doch nicht verschließen können, die man gerade in jenen verzweifelten Fällen, die so oft in der Klinik ihre letzte Zuflucht suchen, mit der Alkalisierung erreichen kann.

So darf man wohl auf Grund unserer bisherigen Ergebnisse zu dem Schluß kommen, daß die Sippy-Kur unter den angeführten Bedingungen nicht nur eine unter vielen zur Behandlung des Ulcus angewandten Methoden ist, sondern sich in gewissen Fällen besonders bewährt hat, in manchen sogar die Methode der Wahl bedeutet.

Doch es ist zuzugeben, daß der Erfolg mehrminder an die klinische Behandlung geknüpft ist. Die Nachuntersuchungen haben nicht immer das Andauern der erfreulichen klinischen Resultate erweisen können.

Schon Sippy hat in seiner Originalarbeit angegeben, daß sich die Erfolge quoad sanationem mit der Wiederholung bzw. Dauer der auch ambulant fortgesetzten Kur steigern. Die Kur soll sich über ein Jahr ausdehnen, alle 5 bis 6 Wochen sollen mehrtägige Intervalle eingeschoben werden, in denen die Kur ausgesetzt wird.

Auch wir haben unseren Patienten anempfohlen, in eben angeführter Weise zu verfahren.

Von den 124 nach Sippys Vorschriften behandelten Fällen erschienen auf Aufforderung zur Nachuntersuchung 46. Der weitaus größte Teil dieser Patienten gehörte dem Arbeiterstande an. Während der Arbeit in Fabriken und Büros, die sie fast den ganzen Tag von Hause fernhält, war es den Patienten unmöglich, die Vorschriften einzuhalten. Solange die Patienten noch Schonung hatten oder wegen Arbeitslosigkeit die Möglichkeit zur Kur vorhanden war, waren sie in der Lage, kleine Mahlzeiten und die zahlreichen Pulver zu sich zu nehmen. Während der Arbeit konnte aber fast keiner, selbst wenn der Wille vorhanden war, den Ausführungsbestimmungen genügen.

Es blieben 18 Patienten vollkommen beschwerdefrei. Von diesen 18 haben 12 die Kur mehrere Monate bis zu 1½ Jahren fortgesetzt. (Ehefrauen, Kaufleute, 1 Reichsbeamter.)

Die übrigen 6 hielten sich nur wenige Wochen an die Vorschriften. Sie blieben trotzdem beschwerdefrei.

Die 28, bei denen bisher ein Dauererfolg nicht erzielt werden

konnte, gehörten ausnahmslos dem Arbeiterstande an. Sie sind also aus sozialen Gründen, wie schon erwähnt, nicht imstande gewesen, über ihre Schonungszeit hinaus, die sich an die klinische Behandlung anschloß und meistens über 4 Wochen nicht hinausging, die von ärztlicher Seite ihnen anempfohlene Aufmerksamkeit ihrem Körper angedeihen zu lassen.

Von diesen 28 Patienten klagen

11 noch über dauernde Beschwerden,

13 über gelegentliche Schmerzen,

3 wurden wegen der Heftigkeit der Recidive operiert,

1 Patient hat weiterhin Beschwerden im Sinne einer Cholecystopathie. (Fehldiagnose ?)

Diese Mißerfolge sprechen, streng genommen, nicht gegen die Sippy-Kur als solche, da diese Patienten ja nicht, wie die 12 vorhin erwähnten, die Vorschriften der Klinik außerhalb fortsetzten. Man kann daraus nur schließen, daß die Sippy-Kur zweifellos an bestimmte wirtschaftliche Voraussetzungen geknüpft ist, deshalb ihr Indikationsgebiet eine gewisse Einschränkung erfährt. Es dürfte wohl kaum möglich sein, ein Urteil darüber abzugeben, welche Erfolge erzielt worden wären, wenn die äußeren Verhältnisse die strenge Durchführung der Kur ermöglicht hätten.

Bei den nachuntersuchten Kranken, die die Kur über längere Zeit ausgedehnt hatten, ergaben sich keine Zeichen, die auf eine Schädigung des Gesamtorganismus hätten bezogen werden können. Es sei denn, daß man Durchfälle, die gelegentlich durch MgO erzeugt wurden, als Schädigung anerkennen will. Schon Orlianski hat in seiner Arbeit darauf hingewiesen, daß die bei der Sippy-Kur zuweilen auftretenden Durchfälle auf MgO zurückzuführen seien. Durch reichlichere Zuführung von $CaCO_3$ werden diese Störungen am schnellsten kompensiert.

Wenn man auf Grund dieser Untersuchungen die Ergebnisse zusammenfaßt, so muß man zunächst zwischen den Resultaten in der Klinik und denen in ambulanter Behandlung unterscheiden.

Für die Klinik dürfen wir folgende Gesichtspunkte für das Anwendungsgebiet hervorheben:

I. Bei hartnäckigen und öfters recidivierenden Fällen sollte ein Versuch mit der Sippy-Kur nicht unterlassen werden.

II. Patienten, bei denen die Schmerzen im Vordergrunde der Erscheinungen stehen oder bei denen eine Operation aus ärztlichen

Gründen nicht statthaft ist, können durch die Sippy-Kur gewissermaßen operationsreif gemacht werden, d. h. durch Erzielung einer subjektiven Beschwerdefreiheit und einer Hebung des allgemeinen Körperzustandes einen für die Operation günstigen Zeitpunkt erreichen.

III. Für ambulante Behandlung sollte der Grundsatz gelten, nur dann die Sippy-Kur zu empfehlen, wenn Beruf und wirtschaftliche Lage es gestatten, die Kur auch bezüglich der Zeit in ausreichender Weise durchzuführen.

IV. Intoxicationserscheinungen wurden von uns nicht beobachtet. Bei bestehender Nierenerkrankung jedoch dürfte die Alkalisierung contraindiciert sein.

LITERATUR-VERZEICHNIS

1. Aschhoff, Deutsch. med. Wochenschr. 1912. S. 494.
2. K. H. Bauer, Deutsch. med. Wochenschr. 1920. S. 1136.
3. v. Bergmann, Deutsch. med. Wochenschr. 1913. S. 169.
4. derselbe, Handbuch d. inn. Medizin, begr. v. Mohr u. Staehelin. Verlag v. Jul. Springer, 2. Aufl. 1926.
5. derselbe, Jahreskunde f. ärztl. Fortbildung. März 1921.
6. Boas, Zeitschr. für ärztliche Fortbildung, Jhg. XVIII. Nr. 12.
7. Bolton, Brit. med. journ. 1923. Nr. 3268. 1924. Nr. 3291.
8. Charbonnet, Arch. franco-belg. d. Chirurg. vol. XXVI. Nr. 4.
9. Frick, Journ. of americ. med. assoc. Vol. 82.
10. Friedenwald and Morrison, South med. journ. Bd. XIII. Nr. 5.
11. Greenwald, Proc. of the soc. f. exp. biolog. a. med. Vol. XX. Nr. 8.
12. Howard, Booher etc., Journ. of am. assoc. 1924. Vol. 82. Nr. 3.
13. Hayashi, Zeitschr. f. d. ges. exp. Medizin. Bd. 34.
14. Katzenstein, Berl. klin. Wochenschr. 1911. Ref. d. Kongr. d. Ges. f. Chir. 1911.
15. derselbe, Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 100. S. 939.
16. Konjetzky, Archiv f. klin. Chirurgie. 1925. Bd. 36.

16a. Litthauer, Virchows Arch. f. prakt. Anat. u. klin. Med. Bd. 195. S. 273.

17. Laporte, Press. méd. 1927. I.
18. Lenoir, Press. méd. 1927. I.
19. Loewy, Press. méd. 1921. 37.
20. Lyon, Edinburgh. med. journ. Vol. 81.
21. Moynihan, Vorlesung der Harvey Univ. Ref. nach Orlianski.
22. Morawitz, Münch. med. Wochenschr. 72. Nr. 47.
23. Nakashima, Zeitschr. f. ges. exp. Med. Bd. 47. H. 1/2. S. 4.
24. Orlianski, Klin. Wochenschr. 1923. S. 1359.
25. Porges, Klin. Wochenschr. 1923. Nr. 39.
26. derselbe, Wiener klin. Wochenschr. Jhg. 38. Nr. 39.
27. Sippy, Handbook of practical treatment of gastric by Musser and Kelly. 1911.
28. derselbe, Journal of americ. med. assoc. Nr. 64.
29. Smithies, Internat. journ. of gastroenterolog. Vol. I.
30. derselbe, Americ. journ. med. science. Vol. 160.
31. Schrijver, Nederl. Tijdschrift v. geneesk. 69.
32. derselbe, Archiv. f. Verdauungskrankheiten. Bd. 38.
33. Schur, Wiener med. Wochenschr. 1923. Nr. 24.
34. Umber, Deutsche klin. Wochenschr. 1923. S. 951.
35. Weigert, Deutsche med. Wochenschr. Jhg. 52. Nr. 10.
36. Wheiler, Irish journ. of med. science. Vol. V. Nr. XIII.
37. Westphal, Arch. für. klin. Med. 114. S. 327.
38. derselbe und Katsch, Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chirurg. Vol. 26. S. 391.

LEBENSLAUF

Ich, Albrecht Viktor Christian Tietze, wurde am 23. Oktober 1901 zu Breslau als Sohn des Arztes Alexander Tietze und seiner Ehefrau Hildegard geb. Pinder geboren. Meine Schulausbildung erhielt ich am Städtischen Johannesgymnasium zu Breslau, an dem ich Ostern 1921 meine Reifeprüfung ablegte.

Ich studierte an den Universitäten Tübingen, Graz, Wien und Breslau. Mein ärztliches Vorexamen sowie das Staatsexamen bestand ich an der Breslauer Universität. Als Medizinalpraktikant war ich an der Klinik von Prof. Dr. F. Umber im Städtischen Krankenhause Berlin-Westend.

Ich bin preußischer Staatsangehöriger.